

ACESSO E INTEGRALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA PERCEPÇÃO DE PESSOAS LGBTQ+ VIVENDO COM HIV NO BRASIL

ACCESS AND INTEGRALITY IN HEALTH SERVICES PERCEIVED BY LGBTQ+ PEOPLE LIVING WITH HIV IN BRAZIL

Denis Fernandes da Silva Ribeiro¹
Mariana Jordão França²
Solena Ziemer Ribeiro Kusma³

Resumo

Este trabalho objetiva descrever a percepção de pessoas LGBTQ+ que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) sobre acesso e integralidade dos cuidados em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um estudo de métodos mistos, exploratório e descritivo, que combinou etapa quanti-qualitativa e outra qualitativa, mediadas por *websurvey* e por entrevistas individuais semiestruturadas, com amostra de 299 pessoas LGBTQ+ vivendo com HIV de 26 estados do Brasil. Os dados foram analisados segundo sua natureza, por estatística descritiva bivariada e por análise categorial temática. Na percepção dos participantes, 70% dos serviços de referência em HIV/Aids ofertavam cuidados inteiros. A testagem para o HIV foi de fácil acesso para 91,6% dos participantes, assim como o acesso aos medicamentos antirretrovirais (76,9%). Contudo, 53,5% dos participantes vivenciavam um longo tempo de deslocamento até os serviços de referência, assim como 33,4% referiram ter sofrido alguma situação de sorofobia nestes serviços. A sorofobia esteve relacionada com a ocorrência de dificuldades no acesso aos medicamentos antirretrovirais ($p=0,02$), sendo mais frequente ($p=0,01$) para os participantes que gastavam mais tempo no deslocamento (>31 minutos) e para aqueles que percebiam inadequações no horário de funcionamento dos serviços de saúde ($p=0,04$). Conclui-se que as percepções dos participantes permitem vislumbres sobre as conquistas do SUS na assistência em saúde ao HIV/Aids, bem como sobre os desafios persistentes no acesso e na integralidade do cuidado. A sorofobia foi frequente nas buscas por cuidados em saúde e incrementou disparidades ao acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: HIV; Acesso aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; Pessoas LGBTQ.

Artigo Original: Recebido em 27/09/2023 – Aprovado em 22/11/2023 – Publicado em: 22/12/2023

¹ Enfermeiro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (UFPR/EBSERH) e Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFPR), Curitiba/PR, Brasil. e-mail: denis.ribeiro@ufpr.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2597-0954> (autor correspondente)

² Acadêmica do curso de Medicina, Universidade Positivo (UP), Curitiba/PR, Brasil. e-mail: marianajfranca@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9552-7822>

³ Graduação em Odontologia, Mestra em Epidemiologia e Saúde Coletiva, Doutora em Odontologia. Professora Adjunta no Departamento de Saúde Coletiva/UFPR e Docente Permanente PPGSC/UFPR, Curitiba/PR, Brasil. e-mail: solenakusma@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1708-0038>

Abstract

This paper aims to describe the perception of LGBTQ+ people living with the human immunodeficiency virus (HIV) about access and integrality of health care in the Unified Health System (SUS). This is a mixed-methods study, exploratory and descriptive, which combined a quantitative and qualitative stages, mediated by a websurvey and individual semi-structured interviews, with a sample of 299 LGBTQ+ people living with HIV from 26 Brazilian states. The data was analyzed according to its nature, using bivariate descriptive statistics and thematic categorical analysis. In the participants perception, 70% of HIV/AIDS referral services offered whole care. HIV testing was easily accessible for 91.6% of participants, also the access to antiretroviral drugs (76.9%). However, 53.5% of the participants experienced a long journey time to the referral services, and 33.4% reported having suffered some form of serophobia in these services. Serophobia was related to the occurrence of difficulties in accessing antiretroviral drugs ($p=0.02$) and was more frequent ($p=0.01$) for participants who spent more time traveling (>31 minutes) and for those who perceived inadequacies in the opening hours of health services ($p=0.04$). In conclusion, the participants' perceptions provide a glimpse of the conquests of the SUS in HIV/AIDS health care, as well as the persistent challenges related to access and integrality of care. Serophobia was frequent in the search for health care and increased disparities in access to health services.

Keywords: HIV; Health Services Accessibility; Unified Health System; LGBTQ people.

1 Introdução

O ano de 2023 rememora os 35 anos do reconhecimento da saúde como direito universal no Brasil, por meio do texto constitucional de 1988 e que se efetivou com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os sistemas públicos universais de saúde, o SUS é considerado o maior do mundo, ao ser o único sistema a atender mais de 190 milhões de pessoas e por 75%, de toda a população brasileira, depender exclusivamente do SUS para assistência à saúde (PARO, NESPOLI; LIMA, 2020; SANABRIA, 2021).

Contudo, mesmo sendo o maior sistema de saúde do mundo, as dificuldades relacionadas ao acesso e a integralidade dos cuidados em saúde persistem como desafios cotidianos aos usuários do SUS. Estas dificuldades fortalecem a lacuna entre o SUS prescrito/normatizado e o SUS real (GÓIS, LINARD; OLIVEIRA, 2017) e detém um expressivo potencial danoso aos usuários, sobretudo àqueles que apresentam riscos e vulnerabilidades sociais e sanitárias (MARANI *et al.*, 2019; MELO, CORTEZ; SANTOS, 2020; MIRANDA *et al.*, 2022).

As pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (PVHIV) constituem um grupo sensível às fragilidades dos serviços e sistemas de saúde, especialmente pelas vulnerabilidades individuais, programáticas e sociais prévias, que incrementam a forma com que tais fragilidades impactam sua saúde e vida cotidiana (PARKER; CAMARGO JÚNIOR, 2000; CALAZANS; FACCHINI, 2022; DAMIÃO *et al.*, 2022).

Dentre as PVHIV, as pessoas lésbicas, *gays*, bissexuais, transgêneros e pessoas *queers* (LGBTQ+) são consideradas populações-chave, especialmente por apresentarem prevalência de 11 a 14 vezes maior do que na população heterossexual e por apresentarem reconhecidas dificuldades no acesso e vinculação com os serviços de saúde (UNAIDS, 2023). No Brasil, a prevalência da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) entre homens gays ou que fazem sexo com outros homens é de 18%, ultrapassando os 30% nas mulheres transgênero e travestis (KERR *et al.*, 2018). Dos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) notificados em 2021, 57,5% ocorreram em homens homossexuais e bissexuais com idade entre 13 e 39 anos (BRASIL, 2022).

Desde os primeiros casos notificados da infecção HIV, na década de 80, a condição atingiu aproximadamente 84,2 milhões de pessoas em todo o mundo, destas, 40,1 milhões morreram por doenças relacionadas ao HIV (UNAIDS, 2023), revelando a magnitude da condição enquanto problema de saúde pública. No Brasil, estima-se que o HIV afete 1 milhão de pessoas, sendo que em 2021, 12% desconheciam seu *status* sorológico, 27% ainda estavam sem tratamento antirretroviral e 31% ainda não estavam com carga viral totalmente suprimida (UNAIDS, 2023).

As disparidades sociais e o estigma relacionado ao HIV/Aids, juntamente aos desafios relacionados ao acesso e a integralidade da assistência são reconhecidos aspectos determinantes deste panorama e que se refletem em complicações e morte (ALMEIDA; LABRONICI, 2007; MOCELLIN, 2020; UNAIDS, 2020; SOUZA JÚNIOR *et al.*, 2021; CALAZANS, G.; FACCHINI, 2022; UNAIDS, 2023), sobretudo em pessoas com vulnerabilidades específicas, tais como pessoas LGBTQ+ (MARANI *et al.*, 2019; MIRANDA *et al.*, 2022; JOAQUIM *et al.* 2023).

Deste modo, emergem as seguintes questões que norteiam o presente estudo: No momento atual, pós-pandemia pela COVID-19, qual é o perfil sociodemográfico e epidemiológico de pessoas LGBTQ+ vivendo com HIV no Brasil? Quais desafios específicos esta população vivencia ao buscar cuidados em saúde no SUS? Quais fatores têm desafiado o acesso e a integralidade dos cuidados ofertados no SUS?

Considerando a atuação estratégica do SUS nos cuidados em saúde de PVHIV no Brasil (MARANHÃO *et al.*, 2020; DAMIÃO *et al.*, 2022), o presente estudo se faz relevante, pois agrega informações para a exploração da lacuna existente no conhecimento sobre o perfil sociodemográfico atual de pessoas LGBTQ+ vivendo com HIV e das características envolvendo o acesso e a integralidade dos cuidados em saúde na percepção desta população.

Para tanto, este estudo objetiva descrever a percepção de pessoas LGBTQ+ que vivem com HIV sobre acesso e integralidade dos cuidados em saúde no SUS; identificar os fatores condicionantes do acesso e da integralidade dos cuidados em serviços de saúde de referência ao HIV/Aids na percepção de pessoas LGBTQ+; e caracterizar a sorofobia vivenciada por pessoas LGBTQ+ na trajetória em busca por cuidados em saúde relacionados ao HIV/Aids no SUS.

2 Metodologia

2.1 Tipo do estudo

Este estudo se trata de pesquisa de métodos mistos, de teor exploratório e descritivo, que combinou duas etapas sequenciais, uma quanti-qualitativa e outra qualitativa, na perspectiva de Creswell e Creswell (2021). A pesquisa seguiu as diretrizes propostas pelos instrumentos STROBE e COREQ da rede Equator (VON ELM *et al.*, 2007; TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

2.2 Coleta dos dados, cenário e amostragem

A etapa inicial de coleta de dados consistiu em um *websurvey*, mediado por questionário misto autoaplicado de modo online, com abordagem observacional, exploratória, transversal e de teor quanti-qualitativo. O *websurvey* foi baseado no capítulo de interações com serviços de saúde do *Stigma index 2.0* (UNAIDS, 2019). O convite-*link* para acesso ao questionário foi divulgado virtualmente por *mailing lists* públicas que compunham a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids e pelas redes sociais *Instagram*®, *Facebook*®, *WhatsApp*® e *Tik Tok*®, via postagens coletivas ou mensagens privadas.

Procedeu-se cálculo amostral partindo do número estimado de PVHIV no Brasil em 2021 (n=920.000), mediado pela calculadora *StatCalc Epi Info*™. Para que houvesse 95% de confiança, 5% de erro máximo tolerável e frequência esperada mínima de 50%, obteve-se o número mínimo de 384 participantes (n=920.000). E para chegar a este número, se adicionaram ao processo de seleção amostral três técnicas não probabilísticas de amostragem: por intencionalidade, por voluntariado e por bola de neve.

Foram utilizados os seguintes critérios de seleção amostral: inclusão – ter idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 66 anos, utilizar as redes sociais na internet e residir no Brasil -. Foram excluídos aqueles que não dispunham de condições de lerem ou ouvirem a leitura (por transcrição) do questionário, os que se encontravam hospitalizados no momento (por limitações éticas, visto que seria necessária a aprovação pelos comitês de ética de cada hospital) e aqueles que declararam não utilizar nenhum serviço do SUS como fonte principal de cuidados em saúde. Assim, a amostragem mista viabilizou a participação de 405 pessoas vivendo com HIV de 26 unidades federativas do Brasil (todos os estados, menos o Amapá). Destas, 299 pessoas (73,8%) se declararam LGBTQ+, que compõem a amostra deste recorte.

Para a segunda etapa de coleta de dados, que consistiu em estudo qualitativo, foram realizadas entrevistas individuais virtuais com 14 dos participantes da etapa anterior. Todos os 14 participantes faziam parte da comunidade LGBTQ+, tendo sido selecionados a partir da completude e profundidade das respostas ao *websurvey* até a saturação da temática (MINAYO, 2017), em que não foram agregados novos tópicos para a discussão.

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2021 a julho de 2022 e teve âmbito nacional (Brasil).

2.3 Análise dos dados

Os dados foram analisados segundo a sua natureza quanti ou qualitativa. Os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva bivariada. A análise de tais dados foi possibilitada por meio do software *Statistical Package for the Social Science® (IBM® SPSS®, Chicago, EUA)* versão 25.0. Foram estabelecidas medidas de tendência central e de dispersão (amplitude, o desvio médio, o desvio-padrão e quartis), assim como medidas de frequências e percentuais, e associações entre as variáveis. Neste recorte, o teste de qui-quadrado de Pearson foi utilizado para mensurar o tamanho do efeito na amostra estudada.

Os dados qualitativos foram alvo de análise categorial temática na perspectiva de Minayo (2012) e Rosa e Mackedanz (2021). A análise ocorreu seguindo as fases de organização (familiarização com os dados e geração de códigos iniciais), classificação (busca, revisão e definição dos temas) e análise final dos dados (elaboração do texto final).

Na primeira etapa, foi realizada leitura exaustiva do material transcrito para familiarização com os dados; em seguida, os códigos iniciais foram gerados e o material foi

pré-categorizado, utilizando o software *Atlas.ti*® versão 22.1.5.0; posteriormente, houve busca pelos temas de destaque que emergiram do material (método indutivo), com revisão dos fragmentos das falas e definição dos temas, segundo a força de cada tema. Por último, houve a interpretação e a discussão dos achados.

A integração dos dados ocorreu por conexão, interpretação conjunta, na perspectiva de Creswell e Plano Clark (2013). Embora a pesquisa tenha sido realizada em duas etapas, elas não foram desassociadas, já que os achados da primeira etapa possibilitaram a seleção de casos/narrativas traçadores para a segunda, pela qual se obteve o detalhamento das experiências e das percepções dos participantes, a partir da triangulação dos dados (MINAYO, DE ASSIS; DE SOUZA, 2005; SUTO *et al.*, 2021).

Foram atribuídos codinomes iniciados com a letra P (abreviatura de participante) e seguido de número de 1 a 405, sendo os 14 primeiros códigos relacionados aos participantes das entrevistas e os demais códigos (P16 até P405, considerando a ordem de participação), referentes aos participantes do *websurvey*.

2.4 Ética em pesquisa

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob o parecer n.º 5.140.396/2021 e CAAE n.º 52240321.0.0000.0102, estando de acordo com a Resolução n.º 466 de 2012 Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o TCLE e aqueles que participaram da entrevista, além de TCLE adicional também assinaram termo de uso de imagem e som (com fins de transcrição das entrevistas).

3 Resultados e discussão

Dos 299 participantes que compuseram a amostra do presente estudo, 65,2% (n=195) tinham idade de 18 a 39 anos (moda de 28 anos, mediana de 34 anos e média de 37 anos), revelando um perfil populacional de adultos jovens. Estas pessoas já viviam com o HIV, em média, há 9 anos, porém, a distribuição foi heterogênea, considerando o desvio padrão de 8,5 anos e a frequência de 32,4% de pessoas que já viviam com HIV há mais de 10 anos.

A amostra foi predominantemente composta por homens cisgênero (89%), homossexuais (86%), pretos e pardos (51,8%), com maior letramento (63,3%), renda entre R\$1100,00 e 2200,00 (41,9%) e residentes na região Sudeste (47,2%). Demais características do perfil dos participantes podem ser visualizadas na Tabela 1.

Os dados guardam consonâncias com os dados nacionais do Boletim Epidemiológico de HIV/Aids (BRASIL, 2022), em que há predomínio histórico da infecção pelo HIV em adultos jovens e em idade socioeconomicamente ativa/produziva. De todos os casos notificados no Brasil (n=434.803), 52,9% correspondem a faixa etária de 20 a 34 anos.

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA PARTICIPANTE. BRASIL, AGOSTO DE 2023 (n=299)

Continua

Variáveis	Total
Faixa etária	n (%)
18 a 29 anos	92 (30,8%)
30 a 39 anos	103 (34,4%)
40 a 49 anos	59 (19,7%)
50 a 59 anos	33(11%)
≥ 60 anos	12 (4%)
Tempo que convive com HIV	
< 01 ano	22 (7,3%)
De 01 a 04 anos	93 (31,1%)
De 05 a 09 anos	86 (28,8%)
De 10 a 14 anos	38 (12,7%)
≥15 anos	59 (19,7%)
Gênero	
Homem cisgênero	266(89%)
Mulher cisgênero	18(6%)
Mulher trans ou travesti	3(1%)
Outro (Queer, não binário e outros)	10(3,7%)
Não sabe ou não quer informar	2(0,7%)
Orientação sexual	
Homossexual	257 (86%)
Bissexual	26 (8,7%)
Pansexual	15 (5%)
Outro não informado	1 (0,3%)
Cor/etnia	
Negra	155 (51,8%)
Branca	133 (44,5%)
Amarela	4 (1,3%)
Outra não informada	4 (1,3%)
Indígena	3 (1%)

Continuação

Variáveis	Total
Escolaridade	n (%)
Ensino fundamental	10(3,3%)
Ensino médio e técnico	100(33,4%)
Ensino superior	112(37,5%)
Pós-graduação/ especialização	45(15,1%)
Mestrado	27(9,0%)
Doutorado	5(1,7%)
Renda	
Sem renda	21(7%)
<1 salário-mínimo*	56 (18,7)
Entre 1 e 2 salários-mínimos*	125(41,9%)
Entre 3 e 4 salários-mínimos*	39(13%)
>4 salários-mínimos*	54(19,4%)
Região do Brasil	
Sudeste	141(47,2%)
Nordeste	62(20,7%)
Sul	49(16,4%)
Norte	28(9,4%)
Centro-oeste	19(6,4%)

* Considerando o salário-mínimo vigente em 2021 (R\$1100), ano de início da coleta de dados.
 FONTE: Os autores (2023).

Quanto a raça/cor, os dados na literatura descrevem maior concentração da infecção pelo HIV em pessoas pretas e pardas, o que pode ser visualizado na amostra do estudo (MARANHÃO *et al.*, 2020; SOUZA JUNIOR *et al.*, 2021; MEDEIROS *et al.*, 2021; LIMAS *et al.*, 2021). Nos dados oficiais, também se visualiza que as pessoas pretas e pardas corresponderam a 60,6% dos casos notificados de HIV e a 58,9% dos casos de óbito por Aids (BRASIL, 2022).

A informação sobre a escolaridade é normalmente ausente ou ignorada nos dados oficiais sobre HIV e Aids (BRASIL, 2022). Os achados do presente estudo se aproximam do estudo realizado por Cunha *et al.* (2022), que descreve que 70,4% dos participantes (n=108) acessaram o ensino superior. Destaque relevante é que tal estudo também foi realizado totalmente por meio digital via redes sociais, sugerindo que este recorte poderia privilegiar a participação de pessoas com maior letramento (CUNHA *et al.*, 2022).

Boletim Epidemiológico de HIV/Aids de 2022 também evidencia que as regiões mais frequentes, segundo a ordem de maior distribuição da infecção pelo HIV notificadas (n=434.803), foram a região Sudeste (42,3%), a região Nordeste (20,7%), a região Sul (19,4%), a região Norte (9,9%) e a região Centro-oeste (7,7%) (BRASIL, 2022).

Algumas características do acesso e da integralidade dos serviços de saúde de HIV/Aids foram analisadas através da percepção dos participantes deste estudo. Cabe ressaltar que os serviços de referência foram, aqui, considerados, como aqueles em que ocorre a maioria das

relações entre usuários e sistema de saúde. Nestes serviços, normalmente, são realizadas as consultas de acompanhamento e monitoramento com os profissionais de referência e onde o vínculo pode ser construído.

A percepção dos participantes revelou que a testagem foi de fácil acesso para a maioria (91,6%), assim como o acesso aos medicamentos (76,9%) e a adequação do horário de funcionamento do serviço de referência às rotinas pessoais e profissionais (58,8%). Entretanto, o tempo dispendido para deslocamento até o serviço de referência foi longo (>31 minutos) para 53,5% dos participantes.

O longo tempo necessário ao deslocamento até os serviços de referência se deve ao fato destes serem, em maioria, serviços da atenção especializada, os quais não operam sob a lógica de adstrição territorial/comunitária. No estudo Melo *et al.* (2021) o tempo de deslocamento foi um fator preditor para a longevidade, estabilidade do seguimento e a adesão ao tratamento medicamentoso às PVHIV, revelando que o tempo de deslocamento é uma variável relevante para mensurar o acesso e continuidade do cuidado.

Na perspectiva da integralidade, aproximadamente 70% (69,9 – 72,9%) dos serviços de referência ofertavam cuidados inteiros, considerando os elementos principais das cascatas de cuidado contínuo ao HIV no SUS (consultas, medicamentos e exames laboratoriais) (BRASIL, 2017; 2018; UNAIDS, 2020; BRASIL, 2023). Contudo, a parcela de usuários que relatou peregrinações nas redes de atenção à saúde em busca de um cuidado completo foi próxima de 30% (27,1 – 30,1%). Tais características de acesso e integralidade podem ser visualizadas na Tabela 2.

A Tabela 2 demonstra, ainda, que os episódios de sorofobia detiveram associação estatística significativa com os relatos de dificuldades no acesso aos medicamentos para tratamento do HIV ($p=0,02$) e com um longo tempo de deslocamento (por longa distância geográfica) dos serviços de referência ($p=0,01$).

A busca por cuidados em saúde relacionados ao HIV/Aids também foi atravessada por situações de sorofobia. Da amostra total ($n=299$), 33,4% referiram ter vivenciado algum episódio de sorofobia nos serviços de saúde e quanto maior foi a escolaridade, maior a percepção sobre as ações de sorofobia ($p>0,05$).

TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS DE ACESSO E INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM HIV/AIDS UTILIZADOS PELOS PARTICIPANTES, BRASIL, AGOSTO DE 2023 (n=299)

Variáveis	Total n=299	Episódios de sorofobia	
		Sim n=100	p valor
Acesso à testagem para o HIV	n (%)	n (%)	p=0,50
Com dificuldades	25(8,4%)	10 (10,0%)	
Sem dificuldades	274(91,6%)	90 (90,0%)	
Acesso aos medicamentos para tratamento do HIV			p=0,02
Com dificuldades	69(23,1%)	31 (31,1%)	
Sem dificuldades	230(76,9%)	69 (61,9%)	
Deslocamento até o serviço de referência			p=0,01
Maior tempo de deslocamento (≥ 31 min)	160(53,5%)	64 (64,0%)	
Menor tempo de deslocamento (Até 30 min)	139(46,5%)	36 (36,0%)	
Adequação do horário de funcionamento dos serviços			p=0,04
Total ou parcialmente	179(59,8%)	81 (81,0%)	
Não	20(40,2)	19 (19,0%)	
Consultas e medicamentos no mesmo serviço			p=0,40
Sim ou na maioria das vezes sim	218(72,9%)	70 (70,0%)	
Não ou na maioria das vezes não	81(27,1%)	30 (30,0%)	
Consultas e exames laboratoriais no mesmo serviço			p=0,80
Sim ou na maioria das vezes sim	209(69,9%)	69 (69,0%)	
Não ou na maioria das vezes não	90(30,1%)	31 (31,0%)	

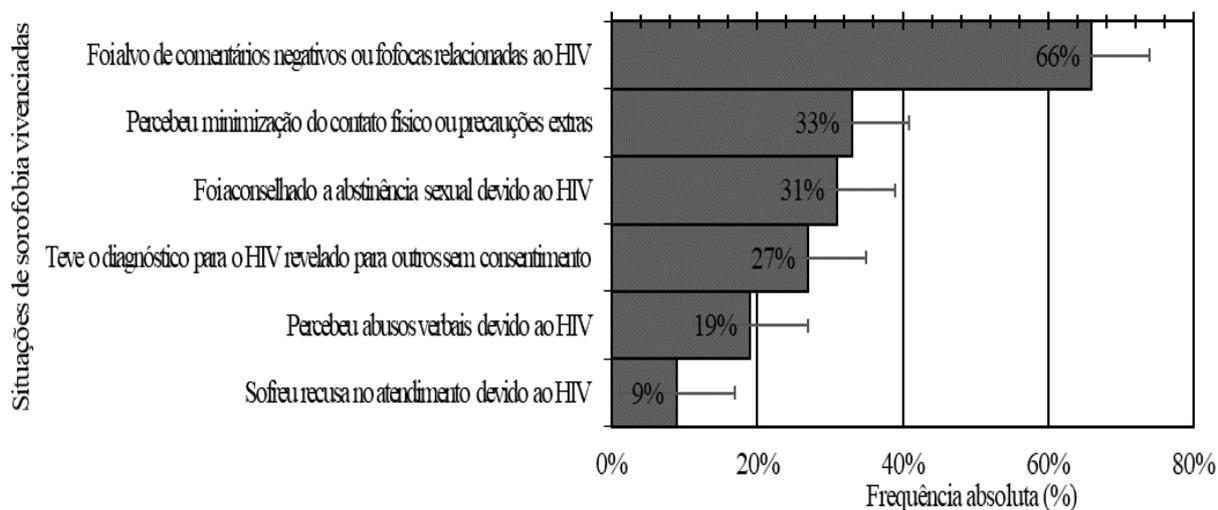
FONTE: Os autores (2023).

Entende-se como sorofobia toda e qualquer ação ou omissão baseada no preconceito quanto ao *status* sorológico positivo para o HIV. Estas ações ou omissões podem ser praticadas contra pessoas que vivem, convivem e/ou são vulneráveis ao HIV e, segundo (BARBOSA FILHO; VIEIRA, 2021; JOAQUIM *et al.*, 2023), se traduzem em violências psicológicas, físicas, políticas e institucionais.

Os episódios de sorofobia vivenciados nos serviços de saúde ganham potencial de dano ao afetarem o acesso e o estabelecimento de vínculo entre usuários e serviços (UNAIDS, 2020). No estudo realizado por Mocellin *et al.* (2020) as dificuldades no acesso e na vinculação dos usuários aos serviços de referência ao HIV/Aids foram diretamente relacionadas com o desfecho de morte em óbitos investigados.

Os tipos de sorofobia enfrentados pelas PVHIV participantes deste estudo são apresentados no Figura 1, segundo a frequência absoluta. Note que a soma das frequências absolutas ultrapassa 100%, indicando que foi comum o relato de mais de um episódio de sorofobia por participante. O tipo de sorofobia mais frequente foi a realização de comentários negativos ou fofocas realizadas por atores dos serviços de saúde, seguido da esquiva ao contato físico ou a utilização de proteções extras pelos atores dos serviços de saúde.

FIGURA 1 - SOROFÓBIAS VIVENCIADAS PELOS PARTICIPANTES EM SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGUNDO A FREQUÊNCIA ABSOLUTA (%).



FONTE: Os autores (2023).

Evitar contato físico, adotar precauções extras ou orientar abstinência sexual são práticas incabíveis, irracionais e não encontram embasamento científico, configurando-se, ainda, como mecanismo de perpetuação do pânico moral do HIV/Aids (FORMOZO; OLIVEIRA, 2009; UNAIDS, 2020; MAGNO *et al.*, 2019; BARBOSA FILHO; VIEIRA, 2021; PARKER; AGGLETON, 2021).

Ao retornar a análise proporcionada pela Tabela 2 e agregada pelos dados do Figura 1, torna-se possível analisar que os participantes que mais sofreram violências sorofóbicas foram aqueles já tinham relatado dificuldades no acesso ao tratamento medicamentoso ($p=0,02$), aqueles que enfrentavam longas distâncias geográficas com maior tempo de deslocamento até os serviços de saúde de referência ($p=0,01$) e aquelas pessoas que relataram incompatibilidades do horário de funcionamento dos serviços de referência com os seus compromissos laborais ($p=0,04$).

Isto permite inferir, através da demonstração de correlação estatística significativa ($p<0,05$), que tais pessoas sofrem duplamente com violências estruturais: além de deterem dificuldades no acesso integral aos serviços de saúde (SOUZA JÚNIOR *et al.*, 2021; BARBOSA FILHO; VIEIRA, 2021; JOAQUIM *et al.*, 2023), quando conseguem chegar aos serviços, ainda são alvo de sorofobias. Nos estudos de Fernandes, Barbosa Filho e Vieira (2021) e Joaquim *et al.* (2023) a sorofobia foi um tipo de violência comumente vivenciada por PVHIV

dentro dos serviços de saúde e que atuou como um determinante das trajetórias em busca por cuidados.

A partir dos relatos dos participantes, entende-se que as sorofobias ocorrem através de gestos simbólicos, atos tácitos ou silenciosos, como a evitação de contato físico do ator do serviço de saúde à PVHIV, com a adoção de medidas de precaução de contato excessivas e descabidas baseadas no medo irracional de transmissão do HIV. Assim como pela implementação de fluxos e processos de trabalho que propiciam constrangimentos e violações ao sigilo do diagnóstico de HIV ou por linguagem não verbal como o ato de lixar as unhas ou ficar em silêncio quando deveria ocorrer acolhimento, tal como vivenciado pelos participantes P3, P8 e P15.

Na clínica da família, eu cheguei e tive que falar da minha situação [do teste positivo para o HIV] para um e depois para outro e para outro e que não sabiam resolver. Me passaram para várias pessoas, não teve sigilo. Me encaminharam para chefe geral e a chefe geral me botou numa sala e ficou umas duas horas conversando comigo. Conversando não, ela pegou uma lixa de unha, eu lembro até hoje o que ela fez, ela pegou uma lixa e ficou lixando a unha. Eu falava, falava, falava e ela não falava nada, só ficava lixando a unha. (P3# Homem cis gay, 34 anos, vive com HIV há 04 anos, região Sudeste).

Eu acho que o diagnóstico poderia ter sido feito de uma forma mais acolhedora. Eu acho que foi feito de uma forma muito fria, muito protocolar e, assim, eu senti um certo distanciamento lá na hora que eu recebi o diagnóstico. (P8# Homem cis gay, 27 anos, vive com HIV há 05 anos, região Sudeste).

Eu só lembro do CTA [Centro de Testagem e Aconselhamento de referência ao participante] ser bem lotado, o atendimento não era muito legal, por causa da falta de organização do espaço. Era muito constrangedor, havia um monte de gente amontoada, sem qualquer respeito à dignidade humana. Os olhares das pessoas, com desconfiança sobre as pessoas que iam para a área de atendimento médico [após o diagnóstico] (P15# Homem cis gay, 39 anos, vive com HIV há 3 anos, região Nordeste).

A sorofobia também ocorreu de modo explícito, através da incorporação do estigma e do senso comum no discurso de atores do setor saúde, que se traduziram em orientações sem embasamento científico, como a recusa ao atendimento e as recomendações de abstinência sexual (Figura 1) ou para mulheres com HIV guardarem o sangue menstrual, evitando a sua destinação no sistema de esgoto urbano (P4).

O segundo médico que me “acolheu” [aspas incluídas, pois a entonação indicou que não houve acolhimento em sua percepção] disse que quando eu estivesse menstruada, eu tinha que dar um jeito de guardar meu sangue, eu não podia deixar o sangue escorrer pelo ralo pela cidade. Que eu não podia comer tudo o que eu quisesse mais e que minha vida teria uma mudança radical. Hoje eu sei que ele era um surtado! Um louco, um surtado! (P4# Mulher cis bissexual, 46 anos, ativista social da pauta de HIV/AIDS, vive com HIV há 20 anos, região Nordeste).

As ações de sorofobia vivenciadas pelos participantes indicam que o acolhimento e a humanização, mesmo sendo protocolares (BRASIL, 2017; 2018; 2023), nem sempre fazem parte do cotidiano de utilização dos serviços de saúde pelas PVHIV. E, seguindo a perspectiva de Parker; Aggleton (2021), isto guarda relações com o estigma e o pânico moral do HIV/Aids, que se demonstram estruturais em nossa sociedade.

Na pesquisa sobre o Índice de Estigma em Relação às Pessoas Vivendo com HIV/Aids no Brasil (UNAIDS, 2019), em uma amostra de 1.784 PVHIV brasileiras, 64,1% (n=1.144) descreveram já terem sofrido alguma situação de preconceito sorológico ao longo de suas vidas e, especificamente, as sorofobias vivenciadas nos serviços da saúde foram relatadas por 15,3% dos participantes.

Os profissionais dos serviços da saúde, quando cometem ações sorofóbicas, incrementam o sentimento de apartação social das PVHIV e colaboram com a perpetuação do estigma da Aids. Se não já bastasse a aniquilação social que as PVHIV costumam vivenciar em seus relacionamentos, na família e no trabalho (FERNANDES, BARBOSA FILHO; VIEIRA, 2022), ao buscarem cuidados em saúde, em um ambiente institucional que deveria ofertar proteção, estas também têm de lidar com o preconceito.

Sendo o estigma relacionado ao HIV/Aids estrutural (PARKER; AGGLETON, 2021), quando os atores dos serviços de saúde propiciam tais situações de sorofobia, estes estão, apenas, reproduzindo discursos e representações que atravessam as instituições e a sociedade. (SILVA *et al.*, 2016; GÓIS, LINARD; OLIVEIRA, 2017). Entretanto, enquanto representantes/agentes do Estado, as ações de sorofobia propiciadas pelos atores dos serviços de saúde ganham potencial danoso, considerando que afetam o acesso a um direito social garantido pela Constituição Federal Brasileira de 1988.

Na perspectiva de Almeida e Labronici (2007), Melo e Mello (2021), Fernandes, Barbosa Filho e Vieira (2022), tais ações de violência sorofóbica cometidas de modo consciente ou inconscientemente por profissionais do setor saúde, também detém objetivo simbólico de punição, castigo e de adestramento por condutas associadas aos modos de transmissão do HIV, que na percepção destes, são moralmente "reprováveis" ou desviantes da "normalidade".

Cabe pontuar que tais ações e omissões atentam contra os postulados da maioria dos Códigos de Ética das profissões da saúde (TAVARES; MELO, 2018; SALVADORI; HAHN, 2019), além de terem previsões criminais (Leis Federais n.º 9.313/1996, 12.984/2014, 14.289/2022). Tais abusos, afetam diretamente na autoestima das PVHIV e na confiança que

estas dispensam aos serviços oferecidos pelo Estado. A morte social aqui é rememorada, pois, a sorofobia cometida por profissionais que representam o Estado colabora com a sensação de isolamento e de exclusão social. Incrementando a vergonha e a dificuldade em buscarem cuidados em saúde (DANIEL; PARKER, 1991; ALMEIDA; LABRONICI, 2007).

4 Considerações finais

Este estudo evidenciou que o perfil das pessoas LGBTQ+ vivendo com HIV guarda consonâncias com o perfil populacional apresentado em boletins epidemiológicos nacionais, agregando novos dados associados ao gênero e escolaridade, que são escassos nestes boletins e em outros estudos.

As conquistas relacionadas ao tratamento do HIV no SUS foram vislumbradas através das contribuições dos participantes, considerando que a maioria indicou a testagem para diagnóstico do HIV e os medicamentos antirretrovirais como recursos de fácil acesso nos serviços de referência, assim como estes serviços foram avaliados como adequados, por fornecerem cuidados inteiros na maior parte.

Contudo, a peregrinação entre os serviços das redes para a obtenção de consultas, medicamentos e exames laboratoriais seguiu como uma realidade para uma parcela dos participantes, que também enfrentavam um longo tempo de deslocamento entre suas residências e estes serviços. A sorofobia vivenciada durante as jornadas em busca de cuidados em saúde emergiu como um aspecto determinante do acesso e vinculação. Tais situações atravessaram, especialmente, as jornadas daqueles participantes com dificuldades prévias no acesso aos serviços, incrementando disparidades e violências estruturais.

Para garantia da qualidade, universalidade e integralidade da assistência de maneira, torna-se necessário o incremento de intervenções sobre os fatores que afetam o acesso e a obtenção de um cuidado inteiro, tais como os mencionados pelos participantes deste estudo. Diante do cenário de desmontes ideológicos e financeiros que se impõem nos últimos anos, as conquistas relacionadas ao HIV/Aids no Brasil e no mundo mostram-se sob ameaça e apontam ser urgente a retomada do nível de progresso das últimas décadas, sobretudo no combate ao estigma.

Cabe apontar que este estudo apresenta potenciais limitações. A primeira está relacionada com a realização da pesquisa durante a pandemia pela COVID-19, que impôs

restrições à abordagem presencial aos participantes e a obtenção de dados autorreferidos, mas que, ao mesmo tempo, permitiu participação de pessoas no território nacional através da internet, inclusive com entrevistas de participantes de outros estados, que seriam inviáveis em abordagem presencial.

Por fim, sugere-se a realização de outros estudos que explorem como as PVHIV percebem o funcionamento dos serviços de saúde e das redes, de modo que seja possível aperfeiçoar o cuidado ofertado no SUS. Compreender as narrativas dos usuários do sistema de saúde, em especial sob o recorte de gênero e orientação sexual, mostra-se fundamental para avaliação e reprogramação dos fluxos assistenciais, de modo que o sistema de saúde atenda a expectativa destes usuários.

Referências

ALMEIDA, M. R. C. B.; LABRONICI, L. M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciência; Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 263-274, 2007.

BARBOSA FILHO, E. A.; VIEIRA, A. C. S. A expansão da sorofobia no discurso político brasileiro. **Argumentum**, v. 13, n. 3, p. 134–147, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2023/manual-do-cuidado-continuo-das-pessoas-vivendo-com-hivaids.pdf/view>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cinco passos para a implementação das linhas de cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cinco_passos_implementacao_linhas_cuidado_pessoas_vivendo_hiv_aids_manual_profissionais_saude.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids. Número Especial Dez 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em**

Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2013/hiv-aids/pcdt_manejo_adulto_12_2018_web.pdf/view>

CALAZANS, G.; FACCHINI, R. “Mas a categoria de exposição também tem que respeitar a identidade”: HSH, classificações e disputas na política de Aids. **Ciência; Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3913-3922, 2022.

CRESWELL, J.; PLANO CLARK, V. L. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Penso Editora, 2021.

CUNHA, C. C.; STOCHERO, L.; ALMEIDA, L. A.; SILVA JUNIOR, A. L.; JUNGER, W. L. Na encruzilhada de duas pandemias: a experiência de redes de apoio social de jovens e adultos vivendo com HIV/Aids durante a pandemia de Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n.3, e320301, 2022.

DAMIÃO, J. J.; AGOSTINI, R.; MAKSUD, I.; FILGUEIRAS, S.; ROCHA, F.; MAIA, A. C.; MELO, E. A. Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades?. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 163–174, jan. 2022.

DANIEL, H.; PARKER, R. (Org.). **AIDS: a terceira epidemia: ensaios e tentativas**. São Paulo: Iglu, 1991. Disponível em: <<https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2319983>>

FERNANDES, R. A. C.; BARBOSA FILHO, E. A.; VIEIRA, A. C. S. Mulheres que vivem com HIV/Aids: narrativas sobre violências em forma de cotidiano. **O Social em Questão**, v. 1, n. 52, p. 253-273, 2022.

FORMOZO, G. A.; OLIVEIRA, D. C. Auto-proteção profissional e cuidado de enfermagem ao paciente soropositivo ao HIV: duas facetas de uma representação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 392–398, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000400007>. Acesso em 08 set 2023.

GÓIS, J. S.; LINARD, C. F. B. M.; OLIVEIRA, F. V. A. a existência do serviço de saúde garante o acesso dos usuários? Notas sobre o cuidado às pessoas que vivem com HIV/aids e fazem uso de crack. **SANARE, Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. supl. n. 1, p. 42–47, 2017.

JOAQUIM, J. S.; SOUSA, A. R.; SANTOS, J. L. G.; BARBOSA FILHO, E. A.; Sorofobia relacionada ao HIV e a aids: o que se debate nas Redes Sociais Digitais no Brasil? **Cien Saude Colet**, v. 28, n. 9, p. 2023.

KERR, L.; KENDALL, C.; GUIMARÃES, M. D. C.; SALANI MOTA, R.; VERAS, M. A.; DOURADO, I.; MARIA DE BRITO, A.; MERCHAN-HAMANN, E.; PONTES, A. K.; LEAL, A. F.; KNAUTH, D.; CASTRO, A. R. C. M.; MACENA, R. H. M.; LIMA, L. N. C.; OLIVEIRA, L. C.; CAVALCANTE, M. D. S.; BENZAKEN, A. S.; PEREIRA, G.; PIMENTA, C.; PASCUM, A. R. P.; BERMUDEZ, X. P. D.; MOREIRA, R. C.; BRÍGIDO, L. F. M.; CAMILLO, A. C.; MCFARLAND, W.; JOHNSTON, L. G. “HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling.” **Medicine**, v. 97, 1S Suppl 1, S9-S15, 2018.

LIMAS, F. M.; BRANDÃO, M. L.; LUCCAS, D. S.; NICHIIATA, L. Y. I.; LARROCCA, L. M.; CHAVES, M. M. N. Estudo ecológico da epidemia hiv/aids em adultos jovens: estamos prevenindo ou tratando?. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021.

MAGNO, L.; SILVA, L. A. V.; VERAS, M. A.; PEREIRA-SANTOS, M.; DOURADO, I. Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. e00112718, 2019.

MARANHÃO, T. A.; ALENCAR, C. H.; RIBEIRO, L. M.; SOUSA, G. J. B.; ABREU, W. C.; PEREIRA, M. L. D. Padrão espaço-temporal da mortalidade por aids. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 14, jul. 2020.

MARANI, J. M.; BOSSONARIO, P. A.; ANDRADE, R. L. P.; SANTOS, G. P.; OLIVEIRA, C. B. B.; & MONROE, A. A. Reconhecimento das vulnerabilidades das pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisão narrativa da literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 4, 28 jan. 2019.

MEDEIROS, D. A.; PALÁCIO MAV, GOIS LL, TAKENAMI I. Perfil dos usuários vivendo com HIV/aids atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento no interior da Bahia: um estudo longitudinal retrospectivo. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 54, n. 1, p. e173345-e173345, 2021.

MELO, D. S. D.; MELLO, R. Representações sociais de pessoas vivendo com HIV: autopercepção da identidade egoecológica. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 131, p. 1101–1110, 2021.

MELO, G. C.; CARVALHO, A. C. A.; MOREIRA, A DA S; PAIXÃO, J. T. DOS S. Tempo de sobrevida e distância para acesso a tratamento especializado por pessoas vivendo com HIV/Aids no estado de Alagoas, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. vol.24, suppl.1, e210019, 2021.

MELO, L. P.; CORTEZ, L. C. A; SANTOS, R. P. É a cronicidade do HIV/aids frágil? Biomedicina, política e sociabilidade em uma rede social on-line. **Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 28, e3298, 2020.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista pesquisa qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência; saúde coletiva**, v. 17, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S.; DE ASSIS, S. G.; DE SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2005.

MIRANDA, M. M. F. OLIVEIRA, D. R. DE, QUIRINO, G. DA S., OLIVEIRA, C. J. DE, PEREIRA, M. L. D., & CAVALCANTE, E. G. R. Vulnerabilidade individual, social e programática na adesão ao tratamento antirretroviral em adultos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 30, p. e62288, 2022.

MOCELLIN, L. P.; WINKLER, G. B.; STELLA, I. M.; VIEIRA, P. C.; BECK, C.; BEHAR, P. R. P.; KUCHENBECKER, R. S. Caracterização dos óbitos e dos itinerários terapêuticos investigados pelo Comitê Municipal de Mortalidade por Aids de Porto Alegre em 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n.3, e2019355, 2020.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e AIDS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids - ABIA, 2021.

PARKER, R.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, supl 1, p. S89-S102, 2000.

PARO, C. A.; NESPOLI, G.; LIMA, L. O. Educação Popular em Saúde, mais do que nunca! **Revista Educação Popular (Uberlândia, MG)**, Edição Especial, p. 1-5, 2020.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS – UNAIDS. **Evidências para eliminar estigma e discriminação relacionados ao HIV**. 2020. Disponível em: <https://www.unaids.org/sites/default/files/media/documents/eliminating-discrimination-guidance_pt.pdf>

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS – UNAIDS. **Sumário Executivo: Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS: BRASIL**. 92p. Brasília: UNAIDS, 2019. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf>

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS – UNAIDS. **O caminho que põe fim à AIDS: Relatório Global do UNAIDS 2023**. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2023.

ROSA, L. S.; MACKEDANZ, L. F. A análise temática como metodologia na pesquisa qualitativa em educação em ciências. **Atos de Pesquisa em Educação**, v. 16, p. e8574, 2021.

SALVADORI, M.; HAHN, G. V. Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/aids. **Revista Bioética**, v. 27, p. 153-163, 2019.

SANABRIA, C. A. P. Direito à saúde e vigilância da saúde no Brasil. Editorial. **Rev. Saúde Col. UEFS**, v. 11, n. 2, p. e7264. 2021.

SILVA, E. B.; JANH, L. C.; STRECK, M. T. H.; COSTA, M. C. Situações de violência no cotidiano de mulheres com HIV/AIDS: implicações para o cuidado. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 2463-2470, 2016.

SOUZA JÚNIOR, E. V.; CRUZ, D. P.; CARICCHIO, G. M. N.; JESUS MAS, D. E.; BOERY, R. N. S. O.; BOERY, E. N. Aspectos epidemiológicos da morbimortalidade pelo vírus da imunodeficiência humana no nordeste brasileiro. **Rev Fund Care Online**, v. 13, 144-149, 2021.

SUTO, C. S. S.; PAIVA, M. S.; PORCINO, C.; SILVA, D. O.; OLIVEIRA, J. F.; OLIVEIRA, D. G. S. Análise de dados em pesquisa qualitativa: aspectos relacionados a triangulação de resultados. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 10, n. 2, p. 241-251, 2021.

TAVARES, T. R. P.; MELO, L. P. “A gente vive em cima da corda bamba”: experiência de profissionais da saúde que trabalham com o HIV/aids em uma área remota do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 11, p. e00063618, 2018.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

VON ELM, E.; ALTMAN, D. G.; EGGER, M.; POCOCK, S. J.; GOTZSCHE, P. C.; VANDENBROUCKE, J. P. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **The Lancet**, v. 370, n. 9596, p. 1453-1457, 2007.